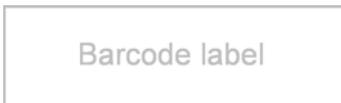


Заявление на пособие по беременности Application for Pregnancy Medical Benefits

| | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|---|---|
| 1. ИМЯ | ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА | ФАМИЛИЯ | | | | | | |
| 2. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ | УЛИЦА | ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | | | | | | |
| 3. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ) | УЛИЦА | ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | | | | | | |
| 4. ТЕЛЕФОННЫЕ НОМЕРА / АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ ДОМАШНИЙ / МОБИЛЬНЫЙ / ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР | 5. ДА НЕТ Есть ли у Вас проблемы с речью, чтением или письмом по-английски? .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| РАБОЧИЙ / МОЖНО ЛИ ОСТАВИТЬ СООБЩЕНИЕ? | Нуждаются ли Вы в услугах устного перевода? (Если да, то мы будем беседовать с Вами через переводчика.)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ | На каком языке Вы говорите? | | | | | | | |
| 6. Предполагаемая дата родов: _____ Если неизвестна, укажите приблизительно: _____ Как был подтверждён факт беременности: <input type="checkbox"/> На основе домашнего теста на наличие беременности <input type="checkbox"/> Врачом <input type="checkbox"/> Отделом здравоохранения <input type="checkbox"/> Иным образом: _____ | | | | | | | | |
| 7. Есть ли у беременной женщины медицинские показания, свидетельствующие о необходимости оказания ей немедленной медицинской помощи? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | | | | | | | |
| Общие сведения | | | | | | | | |
| 8. Укажите сведения о себе и обо всех совместно проживающих с Вами лицах. Укажите официальные имена и фамилии. Не пользуйтесь прозвищами и уменьшительными именами. Если не знаете номера социального обеспечения, оставьте клетку незаполненной. | | | | | | | | |
| ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ) | ПОЛ М или Ж | ОТНОШЕН ИЕ К ВАМ | ДАТА РОЖДЕНИЯ (М/Д/Г) | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ | ГРАЖДА НИН США ДА НЕТ | МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ) | ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США | |
| | | | | | | | УКАЖИТЕ ДАТУ ПРИБЫТИЯ В США. | ЕСТЬ ЛИ У ВАС СПОНСОР? ДА НЕТ |
| A. | | ЗАЯВИТЕЛЬ | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| B. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| C. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| D. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| E. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| F. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Приложите документы, подтверждающие иммиграционный статус. | | | | | | | | |
| Медицинское страхование и сведения о медицинских расходах | | | | | | | | |
| 9. У Вас уже есть медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то мы можем оказать содействие в уплате страховых взносов. Если «да», то укажите наименование страховой компании или работодателя, номер полиса, а также имя, фамилию и номер социального обеспечения держателя полиса. Даже если у Вас уже есть медицинская страховка, Вы всё равно можете претендовать на получение медицинских льгот. | | | | | | | | |
| СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ | | | НОМЕР ПОЛИСА | | ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА | | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА | |
| | | | | | | | | |
| 10. Получал ли кто-либо из проживающих с Вами лиц медицинские услуги за последние три (3) месяца, включая услуги для матерей новорождённых и услуги по ведению их дел? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | | | | | | | |



Доход

| Ваш доход от работы по найму / индивидуальной трудовой деятельности | | Доход супруга от работы по найму / индивидуальной трудовой деятельности | |
|---|-------|---|--|
| 11. Работодатель и номер его телефона | | 13. Работодатель и номер его телефона | |
| 12. Совокупный доход до вычета налогов и расходов: _____ <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно Число рабочих часов в неделю: _____ | | 14. Совокупный доход до вычета налогов и расходов: _____ <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно Число рабочих часов в неделю: _____ | |
| ДРУГОЙ ДОХОД | СУММА | С КАКОЙ РЕГУЛЯРНОСТЬЮ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ЭТОТ ДОХОД? | КАКОЙ ЧЛЕН СЕМЬИ ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТУ СУММУ? |
| 15. Пособие по содержанию детей или алименты | | | |
| 16. Пособие по социальному обеспечению | | | |
| 17. Пособие по безработице | | | |
| 18. Льготы для ветеранов / пособия для военнослужащих | | | |
| 19. Трудовые и коммерческие льготы | | | |
| 20. Доход от инвестиций / иной доход (поясните): | | | |

Расходы

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | ДА | НЕТ | ЕСЛИ ДА, ТО УКАЖИТЕ СУММУ |
| 9. Платите ли Вы за услуги по уходу за детьми и (или) находящимися на Вашем иждивении взрослыми в часы Вашей работы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10. Выплачиваете ли Вы алименты на ребёнка, проживающего отдельно от Вас? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Расовая принадлежность / этническое происхождение

Мы просим Вас добровольно сообщить нам о своей расовой принадлежности или этническом происхождении. Эта информация не будет использована при определении того, имеете ли Вы право на льготы.

Лицо белой расы Латиноамериканец (ка) Лицо, относящиеся к категории американских индейцев или уроженцев Аляски; наименование племени: _____ Вьетнамского / лаосского / камбоджийского происхождения Выходец из других стран Азии и Тихоокеанского региона Иное: _____

Перед тем, как подписывать, внимательно прочтите

Я понимаю, что:

- Я обязан(а) незамедлительно сообщать в данное ведомство или его сотруднику письменно или по телефону обо всех изменениях моего статуса и обстоятельств. Несвоевременное сообщение о таких изменениях может привести к ошибкам в выделении льгот.
- Мой статус и обстоятельства подлежат проверке со стороны данного ведомства и других федеральных ведомств и ведомств штата.
- Я обязан(а) предоставить подтверждение того, что могу претендовать на получение помощи. Данное ведомство или его сотрудник могут помочь мне в получении подтверждения или в обращении за ним к другим лицам и в другие ведомства.
- Если Вы попросили и получили помощь по уходу за здоровьем, Вы предоставляете штату Вашингтон все права на любую медицинскую помощь и на оплату по уходу за здоровьем третьей стороне.
- Данное ведомство может передать сведения о профилактических прививках, сделанных моему ребёнку, Системе контроля за профилактическими прививками детей (Child Profile Immunization Tracking System) Департамента здравоохранения для целей, непосредственно связанных с реализацией медицинских программ.
- **Я понимаю, что данное заявление касается исключительно медицинских льгот для беременных женщин. Если моя семья нуждается в денежном пособии или продовольственных талонах, то мы должны подать на них заявку через Отдел социального обеспечения Департамента DSHS.**

Декларация и подпись

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, изложенную в этом заявлении. Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, все сведения, приведённые мной в данном заявлении, являются правдивыми, точными и полными.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

ДАТА

Во всех программах и мероприятиях данного ведомства, его отделений и сотрудников запрещена дискриминация. Никто не может быть исключён из этих программ и мероприятий на основе расовой принадлежности, цвета кожи, мировоззрения, политических убеждений, национального происхождения, религиозной принадлежности, возраста, пола и инвалидности.